قسطرة الشرايين التاجية ± التوسيع بالبالون وتركيب دعامة دوائية

عزيزي المريض / عزيزتي المريضة،

تهدف هذه النشرة إلى شرح ما سيحدث **قبل، أثناء، وبعد** إجراء قسطرة الشرايين التاجية.
كما تشرح أيضاً الإجراء التكميلي المحتمل المسمى **التدخل التاجي عبر الجلد (PCI)** أو **توسيع الشريان التاجي بالبالون وتركيب دعامة دوائية (DES)**.
نستخدم لغة مبسطة أولاً، ونتبعها بالمصطلحات الطبية بين **(أقواس)** لمساعدتك على فهم المصطلحات تدريجيًا.

يرجى قراءة هذه النشرة كاملة وكتابة أي أسئلة لديك – نحن هنا للإجابة عنها قبل الإجراء.

---

1. لماذا أحتاج إلى قسطرة الشرايين التاجية؟

- **بلغة مبسطة:** طبيبك يريد فحص الأوعية الدموية التي تغذي القلب (الشرايين التاجية) ليرى ما إذا كانت ضيقة أو مسدودة.
- **المصطلح الطبي:** القسطرة التشخيصية التاجية **(Selective Coronary Catheter Angiography)** هي الفحص الأفضل لتشخيص **مرض الشريان التاجي (CAD)** وتحديد خطة العلاج.

---

2. التحضير للفحص

2.1 اليوم السابق للفحص

- **الصيام:** امتنع عن الأطعمة الصلبة لمدة **6 ساعات**، وعن السوائل الشفافة لمدة **ساعتين** قبل الموعد.
- **الحلاقة:** قد يتم قص الشعر من منطقة الرسغ أو الفخذ في القسم.
- **الفحوصات:** سيتم التحقق من وظائف الكلى وتحاليل الدم الأساسية.

2.2 الأدوية التي يجب مناقشتها

المجموعة	أمثلة	التوصيات العامة*
مضادات التخثر الفموية	وارفارين	إيقاف قبل 5 أيام، INR أقل من 1.5 يوم الإجراء
مضادات التخثر المباشرة	أبيكسابان، ريفاروكسابان، دابيغاتران	إيقاف قبل 24–48 ساعة (أطول إذا كانت وظيفة الكلى ضعيفة)
الميتفورمين	—	التوقف 48 ساعة قبل وبعد الإجراء
مثبطات SGLT2	داباغليفلوزين وأمثاله	إيقاف قبل 24 ساعة (لتقليل خطر الجفاف)
المدرات البولية	فوروسيميد	قد تُوقف في صباح الإجراء (حسب

توصية الطبيب)		
يُستمر بها ما لم يُطلب خلاف ذلك	أسبرين، كلوبيدوغريل	**مضادات الصفائح المزدوجة**
يُوقف قبل 24 ساعة (لتقليل خطر النزيف)	إيبوبروفين وأمثاله	**مضادات الالتهاب غير الستيرويدية**

ملاحظة: *اتبع تعليمات طبيب القلب بدقة.*

2.3 الحساسية واحتياطات أخرى

- أخبرنا إذا كان لديك **حساسية من اليود أو صبغة التباين**، أو مشاكل سابقة في الكلى، أو اضطرابات نزيف.
- رتّب مع شخص لمرافقتك إلى المنزل والبقاء معك أول ليلة بعد الإجراء.

---

3. طرق الوصول للقلب (مواقع الدخول)

3.1 من الرسغ (Radial Access)

- إدخال قسطرة من **الشريان الكعبري** في الرسغ.
- يمكنك الجلوس والمشي بعد وقت قصير.
- أقل عرضة للنزيف.

3.2 من الفخذ (Femoral Access)

- إدخال القسطرة من **الشريان الفخذي العام** في منطقة العانة.
- يُستخدم إذا كان الشريان الكعبري صغيرًا أو متشنجًا أو إذا كانت هناك حاجة لأجهزة معقدة.
- يجب إبقاء الساق مستقيمة لمدة 4–6 ساعات بعد الإجراء.

نحن نختار المسار الأنسب بناءً على حالتك التشريحية والطبية.

---

4. التخدير والتسكين

- **تخدير موضعي** (ليدوكائين 1٪) لتخدير الجلد.
- قد تُعطى **مهدئات خفيفة** مثل **ميدازولام وفينتانيل** – تبقى مستيقظًا لكن مرتاحًا.
- التخدير العام نادرًا ما يُستخدم.

---

5. خطوات قسطرة الشرايين التاجية

1. تنظيف الجلد وتعقيمه.
2. حقن مخدر موضعي.
3. ثقب الشريان بإبرة دقيقة.
4. إدخال أنبوب بلاستيكي صغير (الأنبوب الغمدي).
5. تمرير قسطرة رفيعة (2 مم) إلى القلب تحت الأشعة السينية.
6. حقن **صبغة تباين تحتوي على اليود** وتصوير فيديو للأوعية (Cine Angiography).
7. قياس الضغط إذا لزم الأمر.
8. إزالة القسطرة وغلق الشريان بالضغط أو جهاز خاص.
9. الراحة في القسم لمدة 2–6 ساعات حسب طريقة الدخول.

مدة الإجراء: 20–45 دقيقة عادةً.

---

6. المضاعفات المحتملة للقسطرة

6.1 موضع الدخول

- كدمات أو ألم – حوالي 5٪
- نزيف كبير أو تشكل كيس دموي أو ناسور شرياني وريدي – أقل من 1٪
- انسداد أو إصابة في الشريان الكعبري – 1–3٪

6.2 عامة

- تحسس من الصبغة (نادراً شديد) – أقل من 1٪
- **إصابة كلوية نتيجة الصبغة** – 2–5٪
- اضطراب نظم القلب – 1–2٪
- نوبة قلبية أو جلطة دماغية – أقل من 0.1٪

6.3 دوائية

- اكتئاب تنفسي من المهدئات أو المسكنات – نادر
- نشاط مفرط للغدة الدرقية بسبب الصبغة – نادر جدًا

---

7. ماذا لو وُجد تضيق كبير في الشرايين؟

قد يوصي الطبيب بإجراء **توسيع فوري أو لاحق للشرايين (PCI)** أو جراحة قلب مفتوح حسب الحالة.

---

8. التوسيع بالبالون وتركيب دعامة دوائية (DES)

8.1 ما هو؟

يُستخدم بالون صغير لفتح الانسداد وتُوضع دعامة (شبكة معدنية صغيرة) تُفرز دواء لتقليل خطر الانسداد مستقبلاً.

8.2 خطوات الإجراء

1. إعطاء أدوية إضافية مانعة لتجمع الصفائح.
2. تمرير سلك رفيع عبر التضيق.
3. نفخ بالون أولي لتوسيع التضيق.
4. وضع الدعامة ونفخها.
5. إزالة البالون وترك الدعامة في مكانها.
6. أحيانًا يتم إعادة التوسيع لتحسين النتيجة.

8.3 الأدوية بعد تركيب الدعامة

- الاستمرار في تناول **الأسبرين مدى الحياة**، بالإضافة إلى دواء مانع لتجمع الصفائح (كلوبيدوغريل أو تيكاجريلور) لمدة **6–12 شهرًا** حسب توصيات طبيب القلب.

8.4 مضاعفات إضافية

- نزيف من موضع الدخول – أقل من 2٪
- نوبة قلبية – 1–2٪
- **تجلط داخل الدعامة** – 0.5–1٪
- **إعادة تضيق الدعامة** – 5–10٪ خلال السنة الأولى
- تسلخ أو تمزق الشريان، عدم تدفق الدم، الحاجة لجراحة طارئة
- نادرًا: تمزق البطين، التهاب التامور، الوفاة المفاجئة

---

9. الفوائد مقابل المخاطر – لمحة سريعة

الإجراء	الفوائد الرئيسية	المخاطر المحتملة
القسطرة التشخيصية	تشخيص دقيق، تحديد خطة العلاج	نزيف، تحسس، إصابة بالكلى، إشعاع
التوسيع والدعامة	تحسين تدفق الدم، تقليل الألم الصدري، تجنب الجراحة	تجلط أو انسداد الدعامة، مضاعفات نادرة

10. العناية بعد الإجراء

- شرب كمية جيدة من الماء (إلا إذا وُجد منع طبي).
- راقب موضع الدخول لأي تورم أو نزيف.
- تجنب حمل الأشياء الثقيلة: 48 ساعة (الرسغ) أو 5–7 أيام (الفخذ).
- الالتزام التام بالأدوية الموصوفة.
- يُوصى بشدة ببرنامج تأهيل قلبي بعد الإجراء.

11. متى تطلب المساعدة الطبية؟

اتصل فورًا في حال:

- نزيف شديد أو ألم أو تورم في موضع الدخول
- حمى، ألم صدري، ضيق تنفس، دوخة أو إغماء
- تعرق غزير، ألم بطني، قلة التبول، ضعف شديد، طفح جلدي أو تورم عام

12. نحن هنا من أجلك!

يرجى تدوين أي استفسارات لديك ومناقشتها مع فريق القلب – فالمريض المطلع هو مريض أكثر أمانًا.